

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitinguí, 80 — São Paulo, Brasil

Vol. XXII

JULHO DE 1960

N.º 1

Sumário:

	<i>Pág.</i>
<i>Mixoma do ovário — Dr. WALDEMAR MACHADO</i>	3
<i>O VI Congresso Brasileiro de Cirurgias — Drs. EURICO BRANCO RIBEIRO e PAULO BRESSAN</i>	6
<i>Sanatório São Lucas — Reuniões do Corpo Médico</i>	13
<i>O Sanatório São Lucas em 1959 — Exames Radiológicos realizados</i>	16



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de

"ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 80, Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil



DIRETORIA — Exercício de 1960/1961

Presidente

DR. PAULO G. BRESSAN

Vice-Presidente

DR. ENRICO RICCO

Primeiro Secretário

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

Primeiro Tesoureiro

DR. LUÍS BRANCO RIBEIRO

Segundo Tesoureiro

DR. CESÁRIO TAVARES

Bibliotecário

DR. MOACYR BOSCARDIN

Conselho Consultivo:

DR. WALDEMAR MACHADO

DR. ADALBERTO LEITE FERRAZ

DR. ROBERTO DELUCA

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

DR. NELSON CAMPANILE

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Vol. XXII

JULHO DE 1960

N.º 1

Mixoma do ovário(*)

Dr. WALDEMAR MACHADO

(Chefe da Seção de Maternidade do Sanatório São Lucas)

e

Prof. CARMO LORDY

(Anatomopatologista do Sanatório São Lucas)

Dr. Waldemar Machado. — Vamos apresentar um caso bastante interessante, dado o quadro que apresentou à consulta e posteriormente à operação a que foi submetida.

A observação da paciente é a seguinte: 8-9-1959 — uma moça de 33 anos, escrituraria, apresentava, desde julho do corrente ano, uma metrorragia que não cedeu a nenhum tratamento hormonal, a que já havia se submetido. Anteriormente a esta metrorragia, refere que havia provocado um aborto com parteira, e desde aí começou a perder sangue, continuamente; por esta razão fez duas curetagens, pensando que houvesse retensão ovular mas nada foi encontrado. Fez uma terceira curetagem e biopsia a 6 de setembro do corrente ano e o resultado foi cervicite crônica, hiperplasia glandular do endométrio; relata ainda no seu passado que, há 8 anos atrás, ela apresentou quadro de hemorragia, o que aliás sempre vem se repetindo; naquela ocasião foi feita uma laparotomia, mas não foi retirado nada de importante.

Sua menarca foi aos 10 anos e sempre com ciclo menstrual com intervalos de 25, 28 ou 30 dias, durante 6, 8 dias, com cólicas muito fortes.

Examinada a 8 de setembro, com 3 meses de perdas contínuas de sangue, nada foi encontrado de anormal ao exame ginecológico.

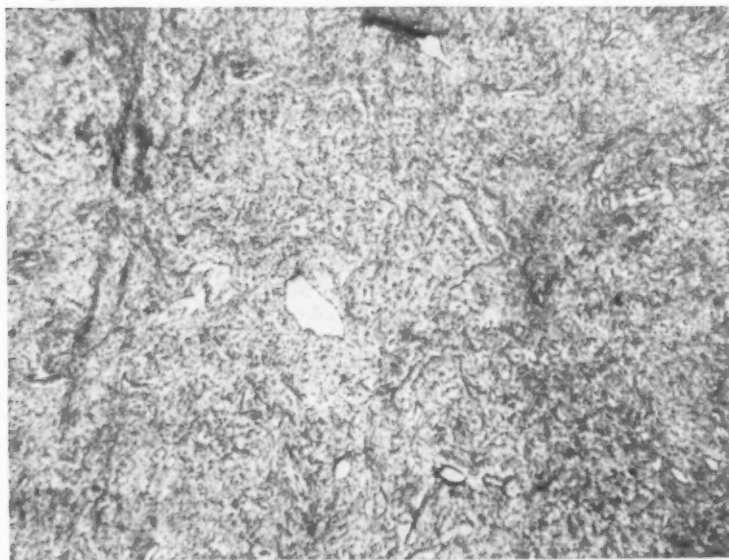
(*) Caso apresentado em reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas, em 5 de novembro de 1959.

Com diagnóstico de metrorragia disfuncional, diagnóstico obtido por curetagem de prova, e suspeitando de tumor funcionante do ovário foi proposta intervenção à paciente, intervenção com a qual ela concordou.

Operada a 24 de setembro, encontramos, na cavidade, um tumor sólido no ovário direito, de mais ou menos 3 cm de diâmetro. Este tumor foi ressecado sem ooforectomia total. Os anexos do lado esquerdo estavam normais, o que vem confirmar a ausência de intervenção maior sobre os genitais na operação anterior. Ressecado, o tumor foi enviado ao Prof. Carmo Lordy, para exame anatomopatológico.

Nunca tínhamos visto um destes tumores, e num corte que fizemos após a ablação, notamos uma textura mais ou menos firme, mas na sua periferia havia um contorno amarelado e então supuzemos que se tratasse de um luteoma, o que explicaria o caso de um tumor funcionante, mas, aguardamos o parecer do exame anatomopatológico, que foi, com nossa surpresa "mixoma linfangiomatoso".

Nas várias classificações dos tumores do ovário, encontramos como tumores funcionantes, os tumores da teca, da granulosa e os luteomas. Nenhum outro, apresenta sintomas ou sinais semelhantes àqueles, não só na parte funcionante como também de tumores com



Microfotografia do caso relatado

as características do que encontramos. Nos diversos tratados de ginecologia que consultamos, nada encontramos referente aos mixomas, mesmo percorrendo as citações mais modernas como seja a clínica ginecológica ou a patologia obstétrica e ginecológica de Novak e Novak; tivemos ocasião de consultar outros tratados encontrando apenas duas ou três palavrinhas sobre os mixomas do ovário no tratado de ginecologia de Rubin e Novak, em que eles dizem apenas o seguinte: "A ocorrência de verdadeiros mixomas e condromas no ovário não foi até agora bem demonstrada" e na parte de patologia de Novak e Novak eles dizem, falando sobre sarcomas do ovário, que encontram áreas grandes, mixomatosas e nesses casos justifica-se a denominação de mixosarcomas. Essa foi a única informação que encontramos em livro editado recentemente. Por isso encontramos sem elementos para esclarecer as perturbações apresentadas pela paciente, perturbações essas que desapareceram completamente após a intervenção cirúrgica.

Prof. Carmo Lordy. — Ao tumor ovarico em apreço se ajusta o diagnóstico generico de mixoma linfangiomatoso. Entretanto, em alguns pontos das preparações histológicas, o aspecto sofre modificações apreciáveis, como sejam: aparecimento de maior número de células, entre as quais é dado notar um certo grau de atipia e de polimorfismo celular. Isso vem demonstrar tendência do tumor em se tornar mixo-sarcomatoso, isto é, tendência para a chamada degeneração maligna de um tumor benigno, como é geralmente considerado o mixoma. Isso não importa na perda do seu atributo de benignidade, mas vem provar que o mixoma era originariamente já maligno.

Outro achado também raro foi encontrado em outro ovário, também removido pelo mesmo operador. Trata-se de nódulos melano-sarcomatosos disseminados no estroma ovarico.

É muito discutida a existência de melanosarcoma primitivo no ovário. Em geral, os casos descritos são secundários (metastáticos). Pode-se apresentar sob 2 formas: como um grande tumor homogêneo ou sob forma de pequenos nódulos disseminados no tecido ovarico. Conforme Herzog, não se exclue que a gravidez represente uma condição favorável para a difusão de um melanosarcoma e sua transplantação no tecido ovarico. Afirma ele ainda que os melanosarcomas do ovarico que não podem ser considerados como metastáticos e que têm a fisionomia de melanosarcomas primitivos se desenvolvem na realidade no terreno de um teratoma ovarico. Feita exceção destes melanosarcomas, que se desenvolvem no ovário sobre base teratogênica, não existem melanosarcomas primitivos no ovário.

O VI Congresso Brasileiro de Cirurgiões(*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Diretor do Sanatório São Lucas

Dr. PAULO G. BRESSAN

Cirurgião do Sanatório São Lucas

Dr. Eurico Branco Ribeiro. — O VI Congresso Brasileiro de Cirurgiões, organizado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões no Rio de Janeiro de 26 a 30 de Julho de 1959, constituiu, sem dúvida, um sucesso e foi um estímulo para que essa organização de cirurgiões realize o seu programa de congregar todos os que praticam a cirurgia em nosso país. Realmente, verificamos que naquele certame havia médicos de quase todos os Estados brasileiros, desde o Pará até o Rio Grande do Sul, e isso por certo é uma significativa realização, porquanto, como bem o seu nome indica, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões deve congrega os médicos de todo o país. Por outro lado, o número considerável de inscritos também demonstra que houve um bom trabalho de propaganda e um interesse notável dos cirurgiões para comparecerem ao certame.

A sessão inaugural do Congresso realizou-se no salão nobre da Academia Nacional de Medicina, onde se havia instalado uma exposição de médicos artistas, que reunia um bom número de quadros e desenhos feitos por médicos. Parece que é esta a primeira vez que se realiza no Brasil uma exposição de arte de trabalhos confeccionados por médicos. Havia trabalhos bastante interessantes, mas é notável assinalar que nenhuma das peças apresentadas tinha qualquer relação com a Medicina. Não havia motivos médicos nos quadros apresentados, o que faz concluir que a pintura é um derivativo para os médicos se esquecerem dos dissabores da Medicina. Portanto, fora da prática profissional, no seu diletantismo artístico, eles devem-se preocupar com questões outras que não sejam as questões da sua carreira. Por essa ocasião, serviu-se um coquetel. Foi uma reunião muito agradável, à qual comparecemos com o Dr. Paulo Bressan, nosso companheiro de delegação àquele Congresso.

(*) Relatório sobre o VI Congresso Brasileiro de Cirurgiões, apresentado na reunião do Corpo Médico de 6 de agosto de 1959.

O programa de trabalhos foi um programa vastíssimo; talvez tenha sido esse o motivo de ter atraído tanta gente ao congresso. Houve programas para todas as especialidades e programas gerais de cirurgia, de sorte que havia concomitância de reuniões, o que tornava impossível a um só congressista tomar parte em todas as sessões do congresso.

No dia inicial, o tema que nos atraiu foi o da cirurgia do coledoco terminal. Em uma espécie de simpósio em que tomaram parte médicos do Recife, do Rio de Janeiro, de Fortaleza, de São Paulo e de Porto Alegre, cada um deles fez exposição sobre um dos temas programados e depois houve respostas a perguntas feitas pelo auditório. Uma parte dos temas relativos a esta questão foi sobre anatomia cirúrgica do colédoco terminal. Houve exposições sintéticas, muito claras, muito bem feitas, passando-se depois à parte de fisiopatologia e diagnóstico em que participaram vários simposiastas. Foi muito discutida a exploração das vias biliárias, procurando-se esclarecer as perturbações do colédoco terminal. Alguns condenaram a exploração instrumental e esteve muito em voga a experiência a respeito da colangiografia e da manometria operatórias. Em geral, quanto à colangiografia, os que trataram do assunto a recomendam e alguns a fazem sistematicamente; outros entretanto deixam-na para situações especiais.

Com relação à manometria, o dr. Mario Silva, de Porto Alegre, que tinha uma certa experiência sobre o assunto, concluiu que a manometria é perfeitamente dispensável na exploração das vias biliárias, principalmente na avaliação do funcionamento do esfíncter de Oddi. O prof. Mariano de Andrade acentuou que a exploração instrumental pode trazer lesões irremovíveis do colédoco. É esse um ponto de vista que vimos desde muito tempo acentuando, porque nos pareceu sempre razoável considerar que um instrumento mais ou menos rijo, como é uma cureta metálica ou um dilatador metálico, pode produzir lesões da mucosa, pode produzir até desgarras e perfurações do colédoco, trazendo então consequências cicatriciais danosas para esse ducto.

Na questão de terapêutica dos estados patológicos do colédoco terminal, cogitou-se da drenagem do colédoco e da papilotomia. O dr. Plínio Bove, de São Paulo, acentuou que a drenagem demasiadamente prolongada pode ser danosa, produzindo novas litíases, novas formações de cálculos. Temos sobre esse particular uma experiência que é bem conhecida entre os nossos companheiros, em caso que operamos com o dr. Ribeirão de Camargo, em que deixamos uma sonda no colédoco para garantir uma coledoco-duodenostomia; essa sonda não se eliminou espontaneamente, ficando ali retida por 3 anos. Quando a fomos retirar, encontramos acima dela mais um cálculo, que acreditamos se tenha formado nesses 3 anos, depois da nossa operação inicial. Logo, parece justa essa advertência do dr. Plínio Bove a respeito da drenagem prolongada do colédoco, com

permanência de corpo estranho capaz de criar condições favoráveis à formação de novos cálculos.

O dr. Pinotti, de São Paulo, também acentuou os inconvenientes da dilatação instrumental da papila de Vater, lembrando que essa dilatação pode ocasionar falsos caminhos. O dr. Mário Silva, de Porto Alegre, acentuou na apreciação dos resultados, que após a colecistectomia não tem observado a dilatação vicariante do colédoco. Estudos feitos em São Paulo, que foram apresentados pelo dr. Pinotti numa sessão de temas livres, mostraram também que não há significação especial para o fato de se encontrar colédoco dilatado após uma colecistectomia, ou mesmo antes de se proceder a uma colecistectomia em vesícula carregada de pedras. Tomando parte na discussão dessa sessão de temas livres, tivemos ocasião de lembrar que em um número recente de *British Medical Journal* foi publicado um trabalho muito interessante sobre o assunto, em que o autor mostra que não tem valor algum o calibre do colédoco, antes ou depois das intervenções sobre vias biliárias. Muitas vezes um colédoco é bastante dilatado sem que haja qualquer perturbação funcional, outras vezes depois de uma colecistectomia, durante a qual se encontrou um colédoco muito dilatado, a exploração desse mesmo colédoco, tempos depois, mostra que ele não se reduziu de calibre e isso então foi acentuado pelo dr. Pinotti, dizendo que se verificou em cortes histológicos a destruição das fibras elásticas do colédoco toda vez que ele se dilata; portanto ele não tem a capacidade de se reduzir depois de uma intervenção sobre vias biliárias.

Foi muito interessante nesse simpósio sobre as lesões do colédoco terminal, a persistência com que o prof. Mariano de Andrade, do Rio de Janeiro, combateu a crença de que existem distúrbios puramente funcionais do Oddi. Diz ele que se há distúrbios do Oddi é porque existe uma lesão coledoceana ou extracoledoceana que está produzindo disfunção; isso quer dizer: não há uma patologia puramente funcional do Oddi. Os que organizaram o simpósio fizeram várias perguntas, pressupondo essa existência, e ele a combateu terminantemente alegando que não há perturbações funcionais do colédoco. Antes de findar a reunião, foram feitas algumas perguntas por parte do auditório; então, tivemos ocasião de lembrar que não era muito razoável aquela expressão que alguns autores no momento citaram de "coledocite terminal", porque isso poderia trazer dificuldades de entendimento sobre o que quer dizer coledocite terminal. Era a moléstia que estava terminando? Era o doente que estava morrendo? ou era qualquer outra coisa? Então propunhamos que se dissesse coledocite distal. Vendo essa nossa alegação, o prof. Alfredo Monteiro, que presidia a reunião, vangloriou-se de ter sido ele quem dera a denominação do "colédoco terminal". Como anatomista, introduzira essa denominação na literatura brasileira, mas reconhecia de uma maneira cabal que a denominação para a moléstia coledocite teria que ser mesmo "distal" e não "terminal", e

mesmo para o próprio colédoco poder-se-ia usar de preferência a nomenclatura "colédoco distal" em vez de "colédoco terminal".

Assistimos a outras reuniões do Congresso, e entre elas a reunião terminal, que foi uma sessão para todos os cirurgiões e em que se cogitou das infecções em cirurgia. Houve a distribuição de temas por um número bastante grande de oradores, cada um falando 10 minutos, e a sessão se prolongou por várias horas; entretanto, não vimos, do ponto de vista prático, uma maneira muito precisa de considerar essas diversas modalidades do assunto. Foi uma reunião em que tomaram parte todos os congressistas e onde tivemos também a oportunidade de ouvir brilhantes exposições sobre os vários assuntos apresentados, desde os aspectos microbiológicos da infecção, aspectos anatomopatológicos, mecanismos fisiopatológicos, dificuldades diagnósticas e terapêuticas, normas gerais de tratamento das infecções em cirurgia, até as normas especiais para o combate à infecção nas diversas especialidades.

Acredito que depois da publicação dos Anais do Congresso se possa melhor avaliar a importância destas considerações, principalmente naquela parte final em que se trata da prevenção das infecções nas várias especialidades, colhendo da leitura indicações práticas que possam ser úteis na vida hospitalar. Para finalizar, queremos fazer referência a uma das sessões de temas livres, que tivemos a oportunidade de secretariar e na qual se tratou, entre outras coisas, da conduta em face da varicocele. Em trabalho apresentado pelo dr. Renato Grei em colaboração com o dr. João de Deus Rodrigues, os autores estudaram 124 casos, dos quais 1 bilateral, 122 à esquerda e 1 simplesmente à direita. Desses 122 casos, 65 apresentavam dor, 29 apresentavam pêso sobre o testículo e apenas 1 apresentava um estado neurótico. Esse doente neurótico não foi operado; nos demais casos usou em geral a operação de Ivanissevich, que foi realizada em 110 intervenções. Tivemos então ocasião de discutir o assunto, mostrando que a operação de Ivanissevich já é uma operação superada e pelo próprio autor considerada completamente fora de época. Dissemos que nós tínhamos um processo que deveria ser melhor conhecido, principalmente entre os urólogos brasileiros, que praticamente o desconhecem ou não o praticam.

Dr. Paulo Bressan. — O Dr. Eurico Branco Ribeiro já fez um apanhado geral sobre o Congresso e nós então vamo-nos limitar a outros aspectos das sessões a que tivemos oportunidade de assistir.

Iniciaremos com a mesa redonda sobre a úlcera gástrica e duodenal. O prof. Eurico Bastos, para justificar a perda de peso, apresentou dados sobre apenas 3 casos em que havia feito a dosagem dos ácidos graxos, dizendo que a deficiente absorção dos ácidos é que leva o indivíduo à perda de peso; mostra também, que ao ser feito o Billroth I, a perda de peso é menor que ao ser realizado Reiche Polya. Apresentou depois um filme montado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em colaboração com

outros serviços. Com esse filme demonstrou que o Billroth I é mais fisiológico do que o Reiche Polyá acompanhando o peristaltismo do estômago, do duodeno e da alça jejunal; concluiu que o ideal dentro da cirurgia do estômago, seria o de se encaminhar para o Billroth I toda vez que fôsse possível pois é mais fisiológico do que o Polyá.

O prof. Piragibe Nogueira apresentou uma estatística de cerca de 100 casos em que estuda casos operados à Reiche Polyá e à Billroth I. Reduziu mais de 50%, a cirurgia de úlcera de estômago e duodeno, à medida que foi avançando nessa cirurgia, só operando os casos de indicação precisa como perfuração de úlcera, estenose, hemorragia e, quando o doente já esgotou todos os recursos clínicos. Disse estar muito contente com essa orientação. Analizando a gastrectomia quanto à intervenção diz não ter predileção por determinado tipo, havendo casos em que o Billroth I é possível ser feito, mas não sistematicamente. Referindo-se à úlcera penetrante na cabeça do pâncreas, diz que ela deve ser retirada, avançando além da úlcera para poder fazer a anastomose em tecido bom. Tanto no Reiche Polyá como no Billroth I, nunca faz a sutura deixando a úlcera, acrescentando que é perfeitamente viável fazer esse descolamento do duodeno mesmo ao se fazer o Billroth I. Quanto ao nível da incisão do estômago, acha que, mesmo no Billroth I deve-se tirar grande porção a fim de evitar complicações e obter melhores resultados. Faz a incisão do estômago acima da gastro-esplênica a fim de facilitar a execução do Billroth I, porque o estômago desce com mais facilidade, não havendo necessidade de mobilizar o duodeno. Com essa técnica observa que o estômago desce ao duodeno em lugar do duodeno ter que ser levado ao estômago. Em discussão da sua técnica da gastrectomia, esclarece que uma das causas para o bom funcionamento da boca anastomotica no caso do Billroth I, é fazer-se a sutura com pontos separados e nunca a sutura contínua. No Reiche Polyá faz sutura contínua da mucosa e separado dos planos seguintes ao passo que no Billroth I faz toda sutura com pontos separados.

O Dr. Edwin Montenegro apresentou uma estatística de mais de 100 casos selecionando os casos para Billroth I e Reiche Polyá: admite o Billroth I mais indicado nos indivíduos longilíneos, magros, psicásticos e conclue que os resultados são maus nas mulheres tanto no Reiche Polyá como no Billroth I, com resultados praticamente iguais; atribui o insucesso ao grande índice nevrotico das mulheres que são levadas à cirurgia para essa intervenção. Quando executa o Reiche Polyá faz um levantamento da alça aferente a fim de evitar o reflexo tão conhecido.

Analizando uma estatística de autores americanos e ingleses com 25% de úlcera jejunal, esclarece que essa alta porcentagem é devida a ressecções econômicas feitas por esses autores. Quanto à perda de peso observou ser maior no Reiche Polyá que no Billroth I, sendo a média no Reiche Polyá, de 6 Kg e, no Billroth I, de 2 Kg.

O dr. Fernando Paulino apresentou também uma estatística, correspondente a 1952-1958. Iniciou executando Reiche Polyá, depois, ao surgirem trabalhos sobre a Billroth I, passou também a fazer essa intervenção a fim de elaborar um estudo comparativo. Até 1954 foi elevando o número de Billroth I e de 1955 em diante voltou a descer para equilibrar com Reiche Polyá. Num gráfico que apresentou verifica-se o seguinte: há uma curva ascendente do Billroth I até 1954 depois o Reiche Polyá se mantém em nível sempre mais alto. Explica que a princípio executava muito mais Billroth I, mas depois de exames anatomopatológicos sistematicos (faz examinar todas as peças que saem da mesa cirurgica, inclusive um fragmento que seja de peritônio retirado de hérnia, fragmento de aponevrose etc., quer dizer, onde passa um bisturi há material para exame anatomopatológico) encontrou nos operados por câncer no Billroth I o seguinte:

Câncer com invasão para o duodeno	10 casos
Câncer com invasão para o colon e mesos.....	7 casos
Câncer com invasão para o esôfago	7 casos
Câncer com invasão para as vias próximas....	6 casos
Câncer com invasão para o peritônio	5 casos

Num total de 40 casos ressecados, havendo 10 casos com invasão para o duodeno, julgou criteriosamente diminuir de muito a indicação do Billroth I para o câncer. Teve em 64 casos, 3 recidivas de úlcera duodenal, mais ou menos 4,6% de úlcera peptica; em geral faz a conversão do Reiche Polyá para o Billroth I, mas, nestes 3 casos fez a conversão de Billroth I para Reiche Polyá, praticando ao mesmo tempo a vagectomia.

Por fim o dr. David Rosenberg apresentou sua estatística. Fazia sempre o Reiche Polyá e obtinha bons resultados em 80% dos casos, achando que tal estatística era boa, mas os 20% com resultados negativos não eram nada agradáveis, principalmente nesse tipo de operação, porque uma vez extirpada uma porção do estômago, as perturbações que surgiam nunca mais possibilitavam aos pacientes condições de vida satisfatórias. Por essa razão, também tentou fazer o Billroth I a fim de diminuir essa porcentagem. Fez então 75 casos de Billroth I e 75 casos de Reiche Polyá, não os selecionou para num levantamento saber qual das operações é mais aconselhada. Analisando os sintomas posoperatórios desses pacientes encontrou: vômitos, plenitude gástrica, fenómenos posprandiais, falta de apetite, perda de peso e "dumping". Estudando a falta de apetite, encontrou maior porcentagem nas mulheres (21%) do que nos homens (7%). A perda de peso nas mulheres era de 50% e nos homens de 31%. A plenitude gástrica é encontrada em 20% dos operados por Reiche Polyá e 32% por Billroth I.

Comparando os dois tipos de operação concluiu que os sintomas posoperatórios são muito mais evidentes e a porcentagem maior quando fazia a Reiche Polyá.

Concluindo, acha. 1.^o) que o Billroth I melhorou muito o prognóstico das úlceras mas não resolve o problema; 2.^o) que na úlcera gástrica o posoperatório é mais suave do que nos casos de úlcera duodenal; 3.^o) a úlcera duodenal ocasiona mais sintomas do que a gástrica, excepto na mulher em que a úlcera gástrica apresenta sintomas mais gritantes; 4.^o) conversão da Reiche Polya para Billroth I não foi satisfatória pois os doentes que a sofreram continuaram com suas queixas; 5.^o) não teve nenhum caso de recidiva de úlcera peptica nesses 5 anos; 6.^o) que o Billroth I não resolveu ainda o problema da úlcera.

Sanatório São Lucas

Reuniões do Corpo Médico

Reunião de 26 de setembro de 1957:

Operação de Gritti. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Discorreu sobre a operação de Gritti — amputação do membro inferior ao nível do joelho. Referiu o histórico e as vantagens dessa operação. Depois foram tratados alguns assuntos administrativos, como a existência de um livro de presença nas nossas reuniões e a questão dos prontuários médicos do Sanatório São Lucas.

Reunião de 3 de outubro de 1957:

Oclusões intestinais. — O Dr. Eurico Branco Ribeiro discorreu sobre as oclusões intestinais, depois do que se fizeram considerações sobre medicação aos doentes internados e sobre o encaminhamento dos exames de laboratório para os mesmos solicitados.

Reunião de 10 de outubro de 1957:

Rutura do intestino. — Dr. Geraldo de Barros. Apresentou, do ponto de vista radiológico, um caso de perfuração do delgado por fragmento de osso de galinha. A propósito desse caso o Dr. Eurico Branco Ribeiro citou três casos por ele observados: abscesso do grande reto do abdome contendo uma espinha de peixe; abscesso da fossa ilíaca esquerda também contendo uma espinha de peixe e ainda espinha de peixe encravada no ânus.

A seguir, o Dr. Eurico fez considerações clínicas sobre um caso de fibroadenoma gigante da mama, cabendo ao prof. Carmo Lordy discorrer longamente sobre o aspecto patológico dos tumores benignos gigantes da mama, os mastomas. Em 16% dos casos de fibroadenoma, há, posteriormente, câncer da mama.

Reunião de 17 de outubro de 1957:

Exame radiológico do estômago. — O Dr. Eurico Branco Ribeiro discutiu as dificuldades do exame radiológico do estômago, principalmente nos indivíduos gordos. Apresentou um caso em que o

paciente foi à mesa operatória com três diagnósticos diferentes, todos baseados em exame radiológico. Nenhum deles estava certo: o doente era portador de úlcera duodenal, aliás de acordo com o quadro clínico. Um dos diagnósticos feitos foi o de úlcera da grande curvatura, do estômago. A propósito, apresentou as radiografias de 4 casos de úlcera da grande curvatura observados no Sanatório São Lucas num total de cerca de 2 500 casos de úlcera.

A seguir o Dr. José Saldanha Faria discorreu sobre o estoque de medicamentos existentes na farmácia do Sanatório São Lucas.

Reunião de 24 de outubro de 1957:

Tratamento de hérnia. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Discorreu sobre a via de acesso de Henry para o tratamento da hérnia inguino-crural. Apresentou um caso em que usando essa via, resolveu o problema de uma hérnia umbilical associada a hérnia paraumbilical e a necessidade de fazer uma lipectomia.

A seguir referiu um novo agente de anestesia local baseado na pimenta.

Foram discutidas questões relativas ao uso de medicamentos no Sanatório São Lucas.

Reunião de 31 de outubro de 1957:

Vantagens e deveres do estágio hospitalar. — O Dr. Eurico Branco Ribeiro falou sobre as vantagens e os deveres do estágio hospitalar, entrando em pormenores, como os da confecção da ficha clínica dos doentes. A seguir o Dr. Waldemar Machado discorreu sobre os dados que devem ser incluídos na ficha dos casos ginecológicos. Trocaram idéias sobre a feitura das fichas clínicas.

Reunião de 7 de novembro de 1957:

Anomalia renal. — Foi apresentado pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro um caso de anomalia renal, com agenesia do rim esquerdo e rim ectópico direito vicariante.

Compressão da traquéia. — A seguir o Dr. Moacyr Boscardin apresentou um caso de compressão da traquéia por gânglio metastático em doente que sofrera lobectomia superior por câncer.

Reunião de 14 de novembro de 1957:

Fibradenoma gigante da mama. — O Dr. Eurico Branco Ribeiro expôs o aspecto clínico de um segundo caso de fibradenoma gigante da mama. Passou a palavra, depois, ao prof. Carmo Lordy que discorreu sobre o conceito de tumor benigno e sobre a sua degeneração maligna, fato que ocorreu neste caso. Acentuou que em cerca de

16% dos casos o fibroadenoma intracanalicular da mama se transforma em câncer. Apresentou as lâminas do caso apresentado. Estabeleceu-se depois ampla discussão, sobre o tratamento a seguir no caso apresentado.

Reunião de 21 de novembro de 1957:

Medicina do trabalho. — Usou da palavra o Dr. José Saldanha Faria que discorreu sobre medicina do trabalho, especialmente focalizando os problemas e detalhes do tratamento. Expôs com minúcia a orientação que se deve ter no atendimento dos acidentados do trabalho.

O assunto foi comentado pelos Drs. Eurico Branco Ribeiro, e Luís Branco Ribeiro.

A seguir houve ampla troca de impressões sobre o funcionamento do Departamento de Radiologia do Sanatório.

O Sanatório São Lucas em 1959

Exames Radiológicos realizados

Abdomem simples	43
Aparelho digestivo (colons)	30
Aparelho digestivo (esôfago)	27
Aparelho digestivo (estômago e duodeno)	218
Aparelho digestivo (trânsito)	27
Apêndice	12
Arteriografia	1
Bexiga	2
Colangiografia	11
Colecistograma	118
Craneograma	20
Fistulografia	4
Histerosalpingografia	10
Mamilografia	1
Ossos (coluna)	65
Ossos (extremidades)	398
Pielografia	16
Rim-ureter-bexiga	13
Seios da face	50
Tórax (pulmões e coração)	219
Uretrocistografia	1
Urograma	71
TOTAL	1.357

